Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) _X_ SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Amor y Ternura **MUNICIPIO:** San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Allisson Mildrey chiran Madroñero

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.122.344.190

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 04-02-2023 **EDAD:** 2 Años **MUNICIPIO:** Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia. **DIRECCION DE RESIDENCIA:** V/ Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ **PUNTAJE:** B2 **DESPLAZADO:** SI: ____ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ____ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Angel chiran Taimal

No. IDENTIFICACION: 87.25342 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: 3182089056 **E.P.S:** Nueva EPS

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sonia Rocio Madroñero Figueroa

No. IDENTIFICACION: 1.004.540.145 **DIRECCION RESIDENCIA:** M. Sabalito

CELULAR: 3186765188 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Sonia Rocio Madroñero

NUMERO IDENTIFICACION: 1004.540.145 **CELULAR:** 3186765188

DIRECCION: V/ Mesas del Sabalito **PARENTESCO:** Madre

Sonia Madroñero
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2874842

NUIP 1.122.344.190

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CHIRAN MADROÑERO ALLISSON MILDREY

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	F	E	B	Día	0	4	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	R	Día	0	1	0063693455

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO FIGUEROA SONIA ROCIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.540.145	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CHIRAN TAIMAL MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 87.215.342	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO FIGUEROA SONIA ROCIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.540.145

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	R	Día	0	1

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30948688-7

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 86757028479500000074

B2

GRUPO SISBEN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALLISSON MILDREY

Apellidos: CHIRAN MADROÑERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344190

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2017

Última actualización ciudadano: 01/03/2023

Última actualización vía registros administrativos: 25/11/2023

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344190
NOMBRES	ALLISSON MILDREY
APELLIDOS	CHIRAN MADROÑERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/09/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:01:28	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



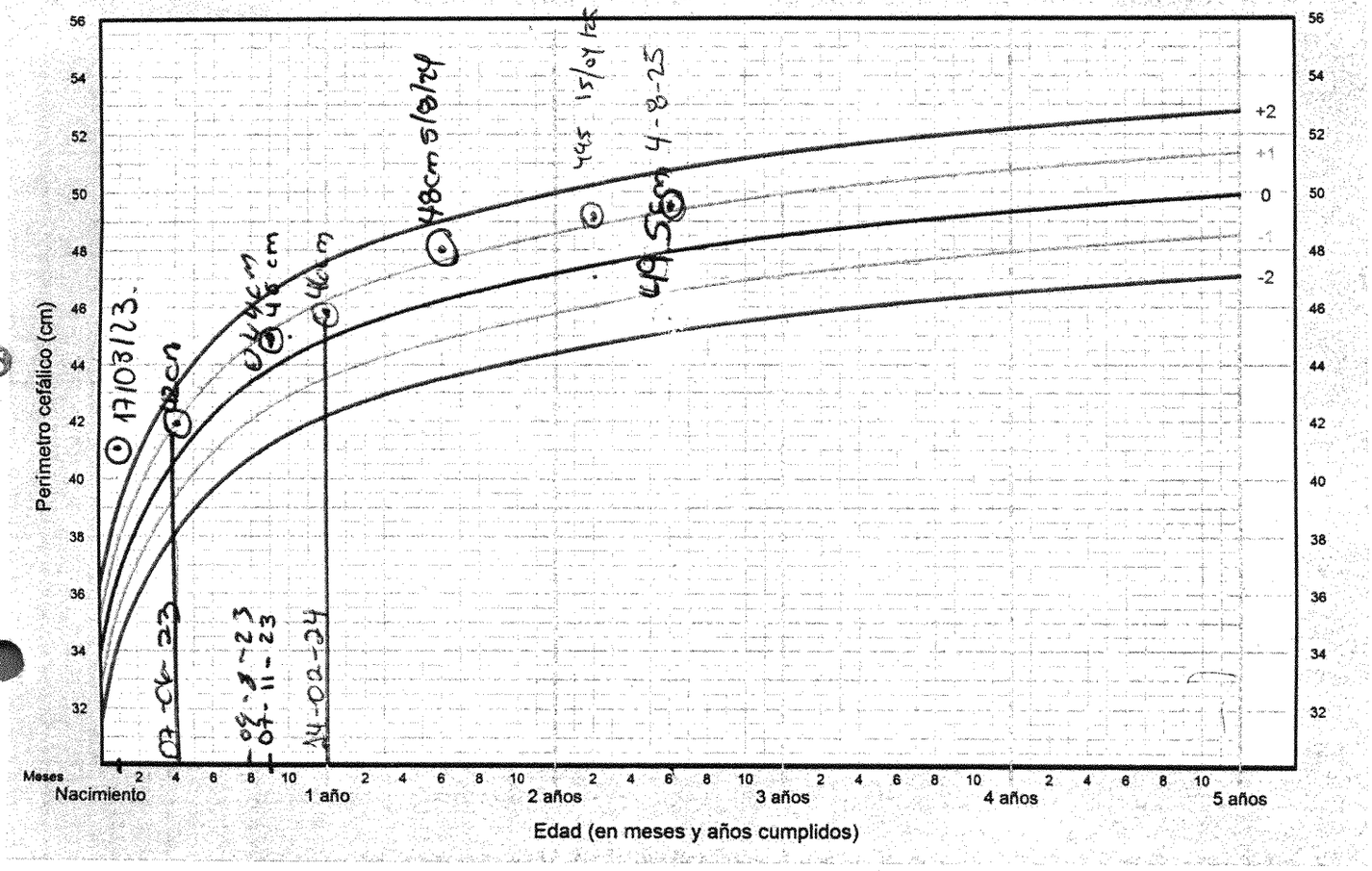
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: LISSA MICHEL	Apellidos: CHIRAN MADROÑERO
Fecha de nacimiento: 04 DÍA | 02 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1122344190
Barrio/Vereda: V/ SAGRADO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

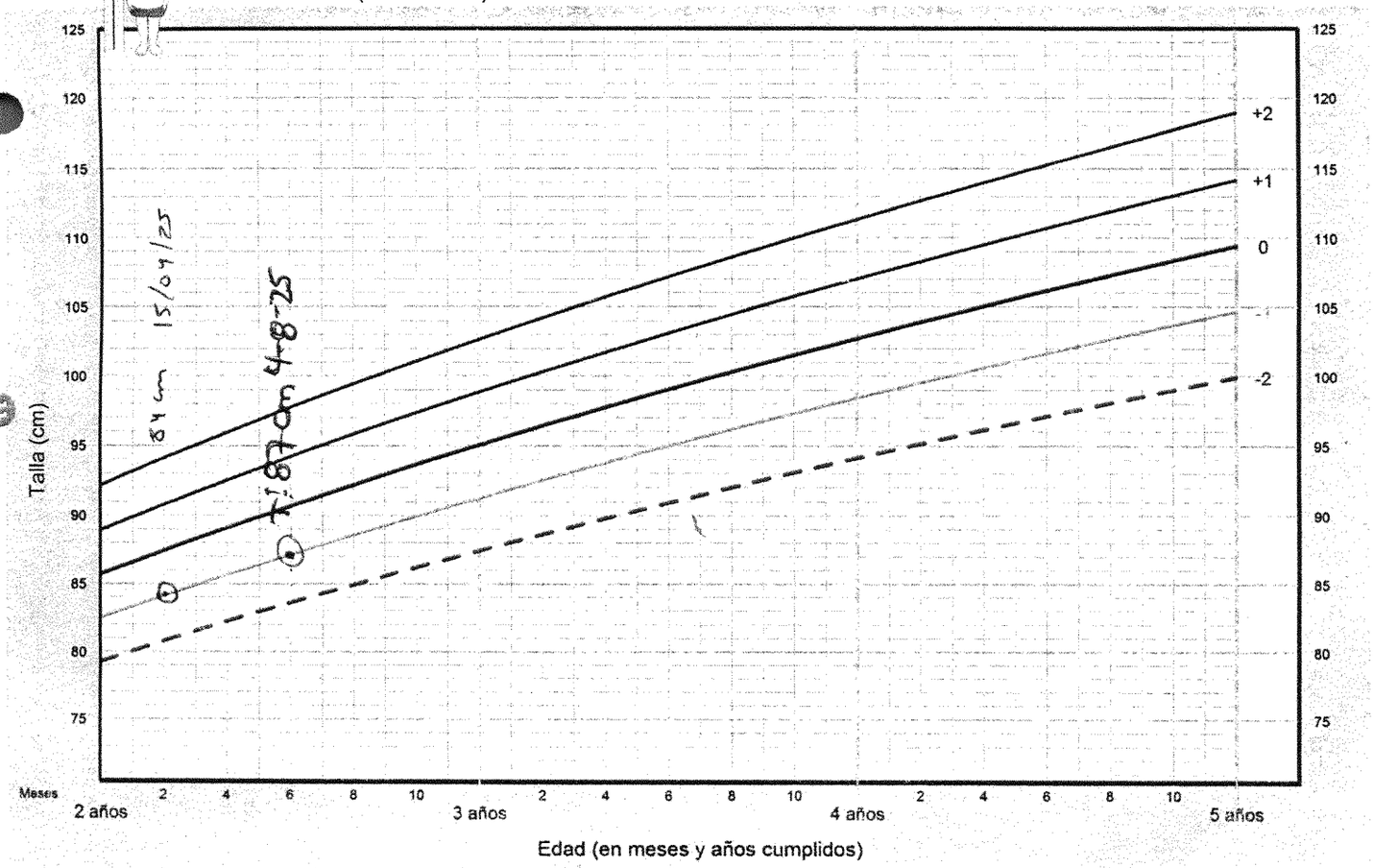
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



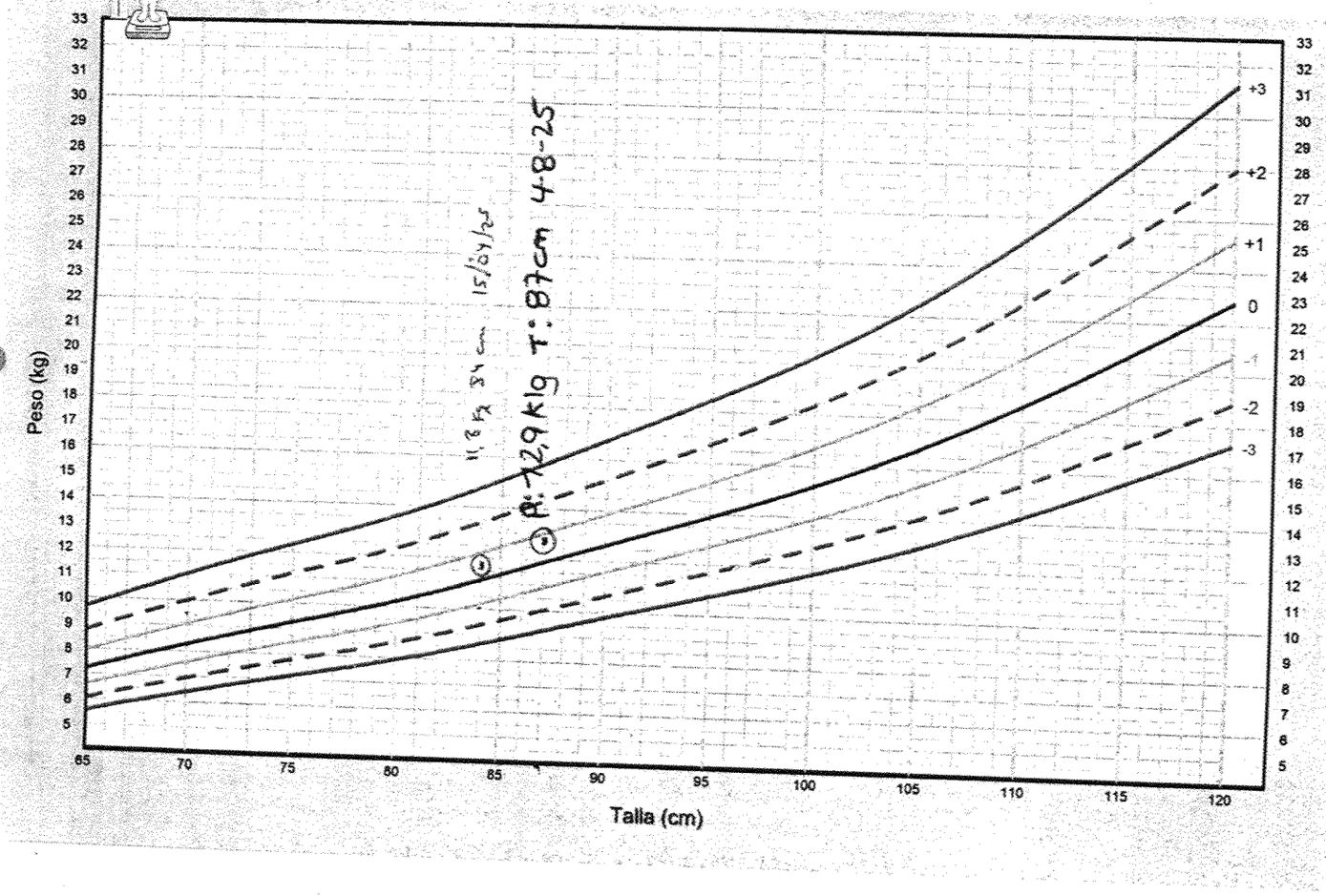
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



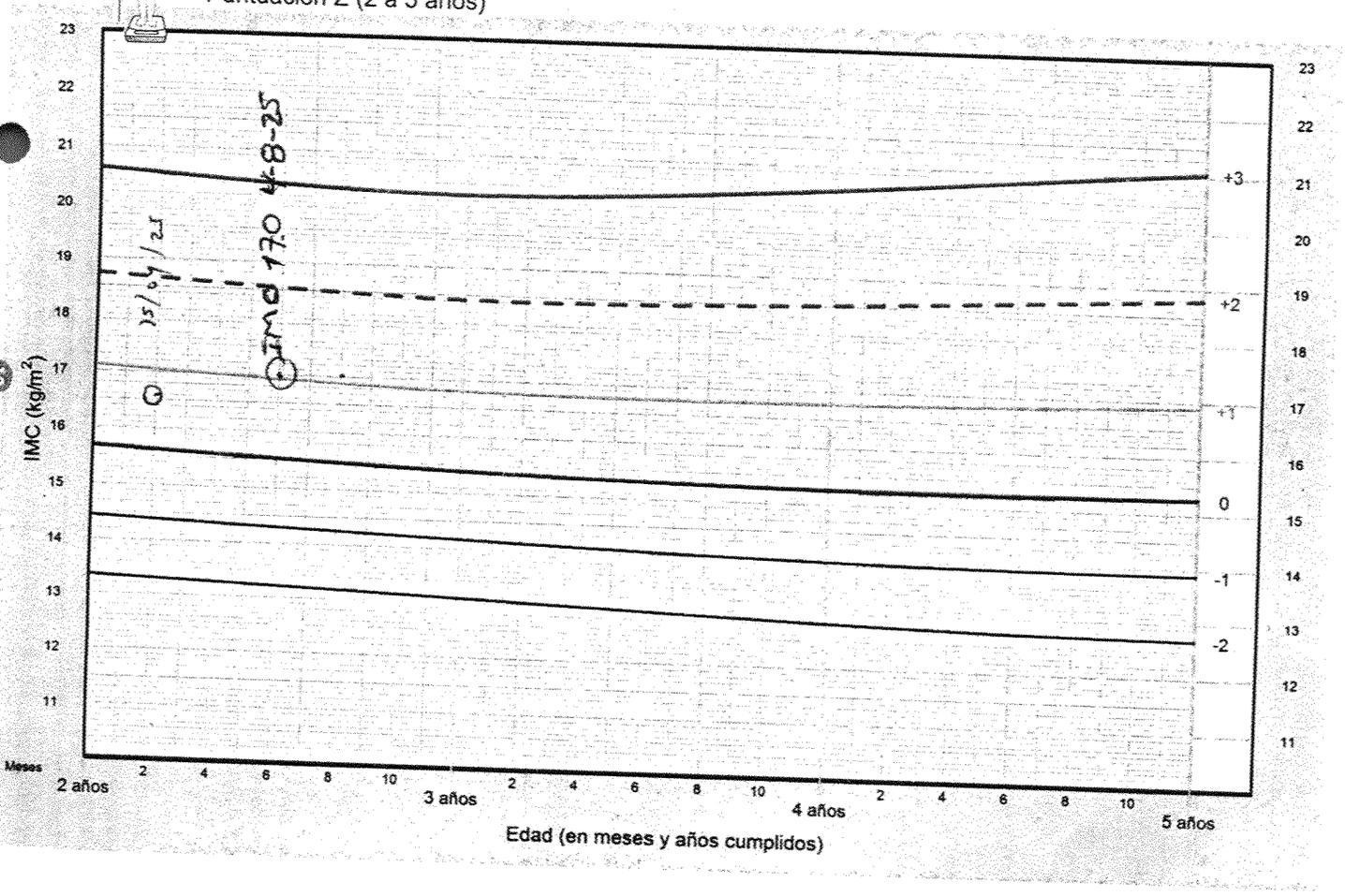
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
4	Mayo	2023	ENF	Si	
5	Junio	2023	Medico	Si	
09	Agosto	2023	Medico		X
09	Agosto	2023	ENF	Si ✓	
04	noviembre	2023	ENF	Si ✓	
04	Feb.	2024	Méd	Si ✓	
04	Agosto	2024	Enf.	Si ✓ Milena C	
04	Febrero	2025	Medico		
04	Agosto	2025	Enferme	Si ✓	Milena C
04	Febrero	2026	Medico	cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
03-05-23	7.1	63			17.9		
07-06-23	7.8	63	42	15	19.7	07-08-23	
09-08-23	8.3	65	44	16	19.2	04-10-23	
07-11-23	9.01 kg	69	45	16	19.1	04/02/24	
14-02-24	10 KG	73cm	46cm	16cm	18.8	04/08/24	
5/9/24	10,8	79	48	15	17.3	04/02/25	Milena C.
15/04/25	11,8	84	49.5	16.5	16.7	01/08/25	Melina Cuevas
04-08-25	12,9	87	49,5	16	170	04-08-2026	Milena C.

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	A	M
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	A	M
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	A	M
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	A	M
	Visual	Normal		Alterado		D	A	M
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	A	M

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega	D	A	M
2ª entrega	D	A	M
3ª entrega	D	A	M

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	A	M	D	A	M
2.ª entrega	D	A	M	D	A	M
3.ª entrega	D	A	M	D	A	M
4.ª entrega	D	A	M	D	A	M
5. entrega	D	A	M	D	A	M

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	A	M
1 año	D	A	M
2 años	D	A	M
3 años	D	A	M
4 años	D	A	M
5 años	D	A	M

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUA - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	A	M	SI*	NO*
4 años	D	A	M	SI*	NO*
5 años	D	A	M	SI*	NO*

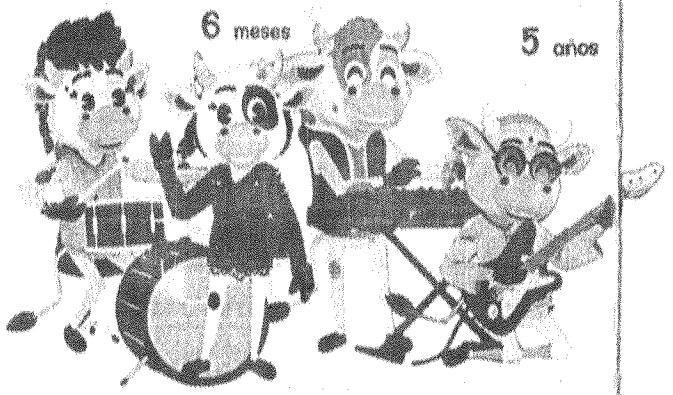
*Menor o Igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tu hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo b, difteria, tosferina, tétanos diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriana causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:

0 meses
2 meses
12 meses
4 meses
7 meses
18 meses
6 meses
5 años



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

MOCOA

Programa PAI

Nombre y Apellidos: Alisson Mildey Chiran

Fecha de nacimiento: 04/FEB/2023

Nº de certificado de nacido vivo: 2302601032213 7

Registro civil: 1122344190

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O Positivo

Peso al nacer: 4565 Talla: 50 cm.

Dirección: V/ Sabalito

Teléfono 1: 3186265996

Teléfono 2:

Responsable: Sonia Rocio Medrano Figueroa

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento Putumayo

Edad gestacional: 40 semanas #118

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

d.o: 01/ABR/2023 llevar Registro Civil

Nombres y Apellidos: Chiran Madroñero Allison Nicol | Tipo de Identificación: | No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	04	FEB	2023	Serum Ins	03 7 1 M A 0 9 3	E.S.E HOSPITAL MOCOA				Diana Burbano
	Hepatitis B	Recién nacido	04	FEB	2023	Serum Ins	03 2 1 Q Q 1 3 D					Diana Burbano
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	10	4	23	Serum	2 1 1 5 0 0 4	Programa PAI				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo b (Hib)	1ª	10	4	23	Serum	2 5 5 0 4 < 3 8 D	HFHD				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1ª	10	4	23	Serum	2 5 5 0 4 0 3 8 D					
	PENTAVALENTE: Difteria tosferina y tétano (DPT)	1ª	10	4	23	Serum	2 5 5 0 4 0 3 8 D					
	Diarrea por rotavirus	1ª	10	4	23	GSK	D D 0 1 C 8 9 2 A C					
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	10	4	23	GSK	F D 4 8 9 7					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	09	06	23	Bidocrcal	2 2 0 8 0 1 6	Cita: 10/junio/2023				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo b (Hib)	2ª	09	06	23	Serum	2 8 5 1 x 0 4 0 C	HFHD				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2ª	09	06	23	Serum	2 8 5 1 x 0 4 0 C					
	PENTAVALENTE: Difteria tosferina y tétano (DPT)	2ª	09	06	23	Serum	2 8 5 1 x 0 4 0 C					
	Diarrea por rotavirus	2ª	09	06	23	(Sei GSK	A P 0 1 0 0 9 1 A A					
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	09	06	23	Pfizer	E X 8 5 8 9					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	14	08	23	Bidocrcal	2 2 0 2 0 1 6	HFHD				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenza tipo b (Hib)	3ª	14	08	23	Serum	2 8 5 1 x 0 4 0 C	HFHD Cita: 10-08 2023				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3ª	14	08	23	Serum	2 2 5 1 x 0 4 0 C	HFHD				
	PENTAVALENTE: Difteria tosferina y tétano (DPT)	3ª	14	08	23	Serum	2 2 5 1 x 0 4 0 C	HFHD				
	Influenza estacional	1ª	14	08	23	Serum	U 5 0 5 2 3 0 0	HFHD				
7 meses	Influenza estacional	2ª	10	09	23	Butantan	2 4 5 0 0 9 0 0	HFHD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis(SRP)	1ª	17	02	24	Serum	0 1 3 2 N 0 4 5 B	HFHD				
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	17	02	24	Pfizer	E 4 9 9 2 5	HFHD				
	Varicela	2ª	17	02	24	Merck	X 0 0 6 5 3 7	HFHD				
	Hepatitis A	Única	17	02	24	HSB	W 0 2 7 7 3 6	HFHD				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1er Refuerzo	30	01	24	Bidocrcal	2 2 3 9 0 0 3	HFHD				
	Diarrea, tosferina y tétano (DTP)	1er Refuerzo	30	01	24	Serum	2 2 5 1 x 0 4 0 C	HFHD	Cita: 04-Febrero 2024			
	Fiebre amarilla	Única	17	02	24	Sanofi	W 3 E 2 2 1 0	HFHD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2ª Refuerzo										
	Diarrea, tosferina y tétano (DTP)	2ª Refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis(SRP)	2ª	5	06	21	Serum	D 1 2 1 N 0 4 A	HFHD	Cita: 14-Agosto 2024			
	Varicela	Refuerzo										
niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Influenza	Ú	03	05	24	Butantan	1 4 0 2 0 9 7 0 1 0 6	HFHD	Cita: Abril 5 años			HFHD Q.O/4

La leche materna es el mejor y único alimento que debe recibir la niña y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan los 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

11
R.V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 15 MES 05 AÑO 2025 HORA: 03:16

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Allisson Mildrey APELLIDOS Chiran Madroñero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344190

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 02 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva eps.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se ncia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

No le pone por temor a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Soni Madroñero

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Sonia Maribel Apellidos Madroñero

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004540145

Firma: Sonia Madroñero

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifer Cabezas Meneses

Firma Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446059

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Je HFD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.540.145**
MADROÑERO FIGUEROA

APELLIDOS
SONIA ROCIO

NOMBRES
Sonia Madroñero

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1995**
SANDONA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

15-JUL-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

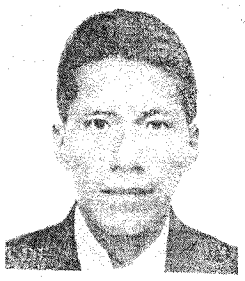
P-6401800-00468522-F-1004540145-20130913 0034854435A 1 39803411

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **87215342**

CHIRAN TAIMAL
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-ABR-1977**
CUMBAL
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

01-DIC-2000 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

R-2306700-70101346-M-0087215342-20020312 **04166** 02070A 02 991310876

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

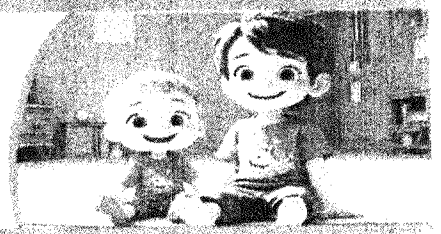
Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Alison Mildrey Chiran Madroñero
RC\ 1122344196 Emssanar
3186265788 V\M Sabalito

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología									26-04-2025	27-04-2026			
		Promoción y apoyo de la lactancia materna									25-octubre-2025				
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							24-abril-2024	24-abril-2025	22-10-2025				
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Sonia Rocio Madroñero Identificado con C.C N° 1004540145 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Alkisson Mildrey Chiran o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

Sonia Madroñero
Madre o Acudiente
C.C 1004540145

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Allisson Mildrey Chiran Madroñero, identificado (a) con documento de identidad número 1122344190, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sonia Rocio Madroñero F, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004 540 145, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios		Videos	X	Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educacion Inicial Campesina EIC

Suscriben:

Firma: Sonia Madroñero
Nombre: Sonia Madroñero
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3186265788
Fecha: 03 – 04 – 2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Allisson Mildrey Chiran Madroñero

Fecha de nacimiento Día 04 Mes 02 Año 2023 **N° Documento de Identidad** 1.122.344.190

Sexo Masculino ○ Femenino ☒ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 03 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo Día 04 Mes 07 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ☒ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

En la primera valoracion la niña se encuenta en perfil esperado ya que cumple con los item fundamentales segun su rango de edad. se continuara con estrategias para fortalecer su desarrollo

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 06 10 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ☒ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Se identifica que la niña emplea frases de tres o mas palabras de manera coherente o con sentido. Ella muestra gran dominio de su esquema corporal, cumple con los item fundamentales segun su edad.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

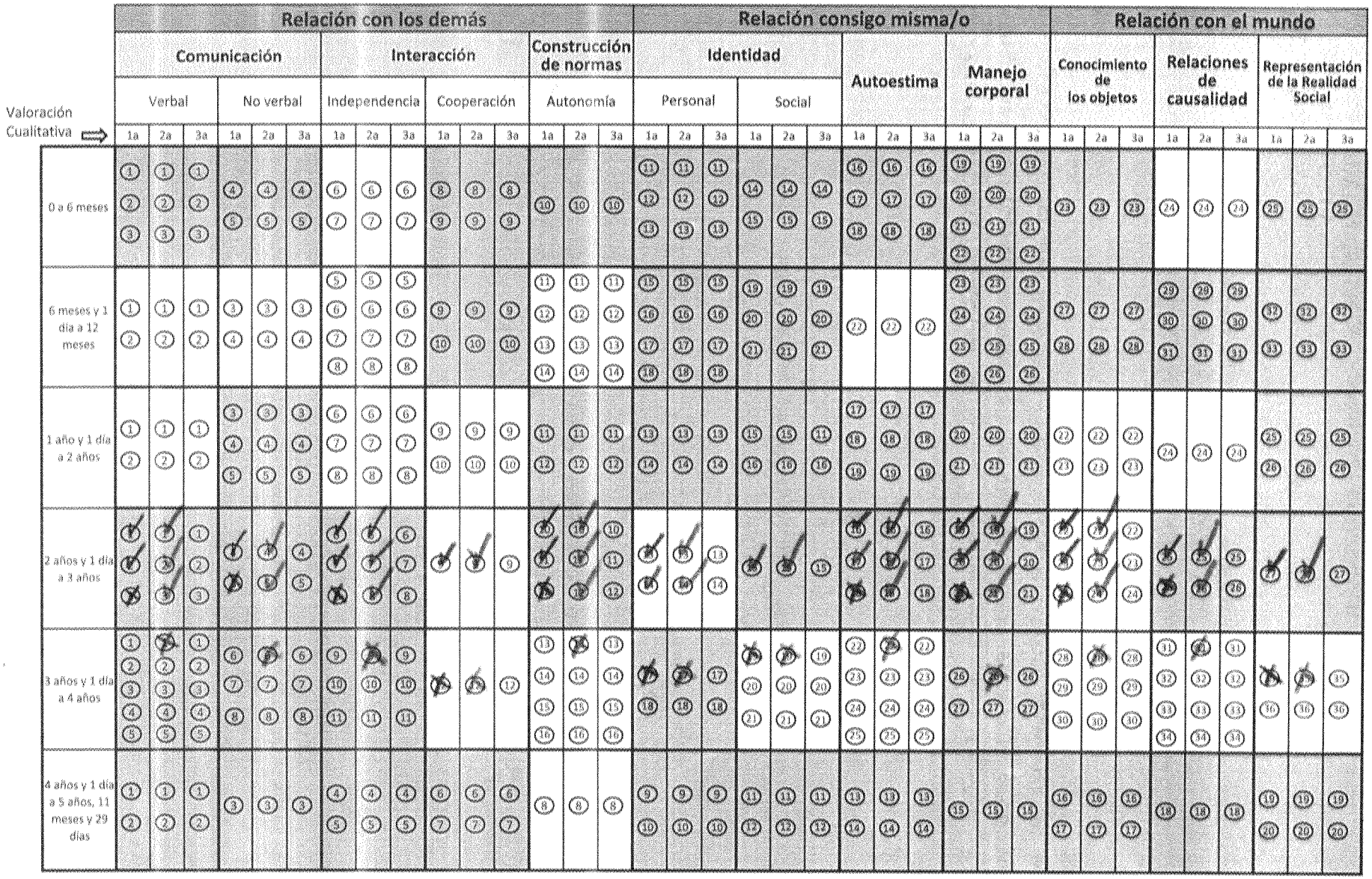
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ | 6 meses y 1 día a 12 meses ○ | 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ | 3 años y 1 día a 4 años ○ | 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

18
R/U

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Allisson Mildrey Chiran IDENTIFICACIO: 1.122 344 190 FECHA DE NACIMIENTO: 04-02-2023

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
03-04-2025	X		10:00		La niña ingresa al programa con el control de primera Infancia o CYD vencido la madre refiere que ella no reviso el carnet y creia que estaba al dia con los controles de salud de su hija.	Sonia Madroñero	Omaira Meneses	por parte de la agente se orienta y sensibiliza a la madre sobre la importancia de revisar y estar al dia con cada control de salud de su hija. el dia 04-04-2025 se hace acercamiento al hospital para solicitar cita la cual fue asignada para el dia 09-04-2025 se le informa a la madre para que asista. Teniendo en cuenta que la madre no pudo asistir por motivos de que no tenia trasporte se reprograma la cita donde la asignaron para el dia 15-04-2025 es asi que este dia se hace cierre de la novedad la madre hace entrega de las fotocopias en el encuentro.		- La madre se compromete a asistir a la cita y hacer entrega de las fotocopias

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Allisson Muldrey chiran IDENTIFICACIO: 1.122344190 FECHA DE NACIMIENTO: 04-02-2023

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
05-11-2025	X			02:03	La niña no asiste al encuentro por motivos de que la madre se encuentra indispuesta y la niña presenta dolor de estomago leve, madre refiere que de continuar asi la llevara al hospital.	Sonia Madroñero	Omaira Meneses	Se oriento a la madre sobre la importancia de llevar a la niña al hospital para evitar complicaciones en su salud y no automedicarla	El dia 07-11-2025 se hace llamada via whastapp a la madre para saber como sigue la niña lo cual refiere que esta bien, que lo mas seguro fue algo que le cayo mal, no fue necesario llevarla al hospital. o El dia 14-05-2025 se hace cierre de la novedad, la niña asiste al encuentro.	Madre se compromete a llevar a su hija al hospital en caso de requerirlo